· 论著 ·

紧密型县域医共体下家庭医生团队整合服务模式研究：基于关键事件技术法

代高岚歆[1]，尹刚[2]，李浩[1]，陶红兵[1，3*]

1.430030 湖北省武汉市，华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院
2.314001 浙江省嘉兴市，嘉兴大学医学院
3.430030 湖北省武汉市，华中科技大学同济医学院医院管理与发展研究中心
*通信作者：陶红兵，教授/博士生导师；E-mail：hhbtao@hust.edu.cn

【摘要】 **背景** 紧密型县域医共体在提升基层医疗服务能力中扮演重要角色，家庭医生团队作为其服务主体为整合服务开展提供优质土壤，但既往研究缺乏对相关服务模式的探索和总结。**目的** 了解紧密型县域医共体家庭医生团队的整合服务模式。**方法** 于2023年7—11月，基于关键事件技术法，目的性选取河南省郸城市、安阳市、巩义市的62名家庭医生团队成员，围绕整合服务实践对其进行半结构化访谈。**结果** 对访谈资料进行分析，得出整合服务的4个主题，分别为整合服务主体、整合服务内容、整合服务过程、整合服务障碍。借鉴"鱿鱼"生理构造，提出"鱿鱼模式"，以形象描述县域家庭医生团队的整合服务模式。该模式中，强调县域医共体的核心指挥作用，家庭医生办公室的协调角色，以及县乡村三级家庭医生团队和乡村医生的服务触角功能。**结论** "鱿鱼模式"为理解和优化该服务模式提供了直观框架，县域家庭医生团队的整合服务模式呈现多元化主体参与、全方位服务内容整合的特点，但仍面临一定阻碍。

【关键词】 家庭医生团队；整合服务模式；紧密型县域医共体；关键事件技术；质性研究
【中图分类号】 R 197　【文献标识码】 A　DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0385

Integrated Service Model and Practice Dilemma of County-level Family Doctor Team under the Compact County-level Medical Consortium: Based on the Critical Incident Technique

DAI Gaolanxin[1]，*YIN Gang*[2]，*LI Hao*[1]，*TAO Hongbing*[1，3*]
1.School of Medicine and Health Management，Tongji Medical College，Huazhong University of Science and Technology，430030 Wuhan，China
2.Jiaxing University College of Medicine，Jiaxing 314001，China
3.Research Center of Hospital Management and Development，Tongji Medical College，Huazhong University of Science and Technology，430030 Wuhan，China
**Corresponding author：TAO Hongbing，Professor/Doctoral supervisor；E-mail：hhbtao@hust.edu.cn*

【Abstract】 **Background** Intensive county medical community plays an important role in improving the ability of primary medical service. As its service body，family doctor team provides quality soil for integrated service development. However，previous studies lack exploration and summary of relevant service models. **Objective** To summarize the integrated service model of family doctor team in the compact county medical community. **Methods** From July 2023 to November 2023，62 family doctor team members in Dancheng City，Anyang City and Gongyi City of Henan Province were interviewed about integrated service practice by using semi-structured interview and key event technology. **Results** Four themes of integrated services are analyzed and further refined，they were subject，content，process，and obstacles of integrated services. Drawing on the physiological structure of "squid"，this paper proposed "squid model" to describe the integrated service mode of the county family

基金项目：国家自然科学基金面上项目（72074093）
引用本文：代高岚歆，尹刚，李浩，等. 紧密型县域医共体下家庭医生团队整合服务模式研究：基于关键事件技术法［J］. 中国全科医学，2025. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0385.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
DAI G L X，YIN G，LI H，et al. Integrated service model and practice dilemma of county-level family doctor team under the compact county-level medical consortium：based on the critical incident technique［J］. Chinese General Practice，2025.［Epub ahead of print］
©Editorial Office of Chinese General Practice. This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

doctor team, emphasizing the core command role of the county medical community, the coordinating role of the family doctor management office, and the service antenna function of the county and village third-level family doctor team and village doctor. **Conclusion** "Squid model" provides an intuitive framework for understanding and optimizing this service model. The integrated service model of county family doctor team shows the characteristics of diversified subject participation and all-round service content integration, but it still faces certain obstacles.

【Key words】 Family physician team; Integrated service mode; Compact county-level medical consortium; Critical event technology; Qualitative research

随着我国医疗卫生体制改革的不断深化，分级诊疗制度逐步建立，医联体等医疗卫生服务模式应运而生。其中，紧密型县域医共体作为实现分级诊疗、优化医疗资源配置和提供连续型整合服务的重要载体备受关注[1-2]。国家层面相继出台多项政策，推动县域医共体建设向纵深发展。在这一背景下，家庭医生团队作为县域医共体建设整合型医疗卫生服务体系的基础单元，重要性日益凸显[3]。2022 年国家卫生健康委发布《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》（国卫基层发〔2022〕10 号），提出要丰富服务内容，优化服务方式；2023 年《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》（国卫基层发〔2023〕41 号）更是明确指出，要拓展家庭医生签约服务，逐步实现紧密型县域医共体基本实现全覆盖；2024 年国家卫生健康委等部门联合发布《关于全面开展健康家庭建设的通知》（国卫办人口发〔2024〕1 号），全面部署健康家庭工作，对家庭医生签约服务提供提出更高要求。国家政策不断明确家庭医生团队在提供连续型整合服务、实现人人享有基本医疗服务目标中的基础性作用。目前，关于县域家庭医生团队服务模式的研究已取得一定进展，但多聚焦家庭医生签约服务的制度安排及政策效果评价等宏观层面[4-5]，或探讨家庭医生服务对健康结局改善的服务效果、供方行为影响因素等微观层面[6-7]，对于较中观的整合服务过程中的机构间协作机制、团队内部协作及服务模式缺乏探索和总结。因此，本研究聚焦紧密型县域医共体下家庭医生团队的整合型卫生服务，并定义其为通过协调和优化不同层级、类型的卫生服务资源与服务提供，为签约患者提供连贯、协调且有效的医疗卫生服务[8]。通过整合型服务提供的关键事件识别，梳理紧密型县域医共体下家庭医生团队的整合服务模式，以期通过对服务模式的探索提出改进家庭医生团队整合服务提供的策略，为促进县域医共体整合服务提供及健康家庭建设提供参考。

1 资料与方法

1.1 计划与规范

关键事件技术是一种质性研究方法，本研究运用 FLANAGAN[9] 提出的步骤进行关键事件技术分析，主要包括 5 个步骤，依据研究目标，结合有关文献及专家论证形成计划和规范、确定研究方案、数据收集、解释评价[10]。故围绕关键事件形成数据收集与分析的计划与规范是研究基础。本研究关键事件计划与规范见表 1。

表 1 本研究的关键事件计划与规范
Table 1 Schedule and specification sheet

项目	内容
关键事件识别	家庭医生团队提供“全专结合、医防融合”“以健康为中心”的整合式服务[11-12]
行为动机（目的）	促进居民健康[3]，加深居民信任，职称晋升，高绩效薪酬
分析维度	服务主体、服务内容、服务过程、服务障碍

1.2 数据收集

本研究中，关键事件的获取通过半结构化访谈实现。本研究的目的是探究紧密型县域医共体内的家庭医生团队整合服务行为模式，采用目的性抽样和滚雪球抽样的方法选取河南省郸城市、安阳市、巩义市的 3 个紧密型县域医共体为样本地区。考虑到家庭医生团队成员的专业多样性，特别确保访谈样本能够广泛覆盖全科医师、护士、公共卫生人员及上级医师等不同角色。所有受访者均须为当前在紧密型县域医共体内工作的家庭医生团队成员，以确保信息的时效性和准确性。于 2023 年 7—11 月，采用面对面的方式，在受访者所在的工作场所开展访谈，受访者由 62 名家庭医生团队成员组成，基本信息见表 2。

在访谈开始前，向每位受访者详细阐述研究目的、访谈内容及数据使用方式，并明确告知其有权随时退出访谈且个人信息将受到严格保护。在获得受访者的明确同意后，进行访谈录音。在访谈过程中，首先向受访者简要介绍研究背景和相关概念，主要解释什么是整合型卫生服务，其次再进行半结构化访谈，访谈提纲由以下开放性问题组成：（1）为了解基本情况，请简要介绍一下您所在家庭医生团队以及日常工作开展。（2）您认为开展的这些工作中哪些属于整合型卫生服务的范畴？目前有哪些主体参与了您所在团队的家庭医生整合服务提供？承担什么样的角色？（3）您认为家庭医生团队应当整合哪些服务？还有哪些主体需要参与进来？

是否存在障碍和困境？在访谈过程中保持中立态度，避免引导性提问，最后依据实际受访情况对遗漏的重要信息进行补充提问，访谈时间在 45 min 左右。

1.3　编码及饱和度检验

将所有受访者进行代码编号，并将访谈录音进行文字转录。采用 Nvivo 11.0 软件对 52 份转录文本进行演绎和归纳编码，编码示例见表 3；余 10 份资料用于饱和度检验，结果未发现新的范畴与逻辑关系出现，认为资料具有一定的饱和度。本研究分析工作由两位研究者遵循主题分析框架（图 1）独立完成，最终归类一致性系数（Category agreement，CA）为 0.85，表明结果较为可信。对于有争议的编码由第三人参与共同探讨决定。

表 2　62 名受访者基本信息

Table 2　Basic information of 62 interviewees

项目	人数	构成比（%）
家庭医生团队角色		
上级医院专科医师	11	17.7
村医	6	9.7
全科医师	16	25.8
护理人员	19	30.7
公共卫生人员	8	12.9
其他	2	3.2
是否担任团队长		
是	14	22.6
否	48	77.4
学历		
中专及以下	5	8.1
大专	25	40.3
本科	29	46.8
硕士研究生及以上	3	4.8
职称		
初级及以下	35	56.5
中级	25	40.3
高级	2	3.2
年龄		
20~ 岁	6	9.7
30~ 岁	30	48.4
40~ 岁	26	41.9
工作年限		
0~ 年	25	40.3
10~ 年	24	38.7
20~ 年	13	21.0

注：村医 = 乡村医生。

2　结果

2.1　关键事件识别及主题分布

在 62 名家庭医生团队成员的访谈中均能够识别到关键事件，即均有过在家庭医生服务提供中出现整合服务范畴的行为。其中，20 名受访者提供“医防融合，全专结合”整合服务的目的是加深居民信任、促进居民健康，且意识到整合服务能够提供全面、连续、个性化的“以患者为中心”的服务；31 名受访者认为是职责所在，角色及岗位要求其必须提供相应的基本医疗与公共卫生的服务；11 名受访者会为满足绩效考核指标或职称晋升要求而提供相应整合服务。通过询问对整合服务的理解，53 名受访者对整合服务有较为正向的认知和医防观念。通过演绎及归纳编码，最终归纳出 4 个大主题，分别是整合服务主体、整合服务内容、整合服务过程、整合服务障碍，见表 4。

2.1.1　整合服务主体。县乡村三级家庭医生整合服务的服务主体主要包括县域医共体、县级医院、乡镇卫生院和村卫生室，以及由县级医院、乡镇卫生院和村卫生室人员组成的家庭医生团队。这些主体在组织结构上形成了一个紧密的整体，通过诊疗服务协同行为，共同为乡村居民提供全面的医疗卫生服务。从受访者的访谈资料中编码出 7 种与服务主体整合相关的子主题，分别为县乡村三级家庭医生团队、上级医师参与、乡村医生（简称村医）为主导、团队成员分工、家庭医生管理办公室、医共体牵头、驻村第一书记。其中，县乡村三级家庭医生团队、上级医师参与是响应最高的子主题，见表 5。

2.1.2　整合服务内容。整合服务的内容主要包括家庭医生团队提供的以基本医疗服务、公共卫生服务和健康管理服务为核心的医防融合、全专结合的全面且连续的医疗服务。本研究从受访者的访谈中编码出 10 种与服务内容整合相关的子主题，分别为慢性病管理、老年人健康体检、健康教育、义诊、医患沟通、预防接种、妇幼保健、签约随访、疾病筛查、健康档案。其中，慢性病管理、老年人健康体检是响应较高的子主题，见表 6。

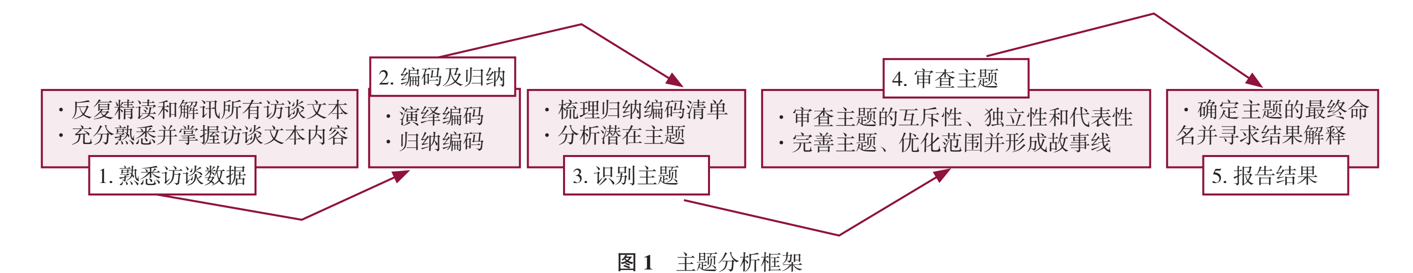


图 1　主题分析框架

Figure 1　Topic analysis framework



表 3 编码示例
Table 3 Coding example

序号	原始语句	编码语句	分析主题
1	因为我们这儿的人普遍吃得比较咸，告诉他们吃饭要少油少盐，还有我们农村会使用化粪池浇地，告诉他们一定下地后要勤洗手，避免一些粪口疾病传播	以医防融合为核心的健康教育	整合服务内容
2	我们整个家庭医生团队构成包括我们机构中的全科医生、护理人员、公卫医师、医技人员，此外还有县级医院的医生以及村医。整体看是一个三级团队	县乡村三级家庭医生团队	整合服务主体
3	我们采取分级管理，分成红黄绿。绿的是在村一级管理，然后黄的在我们（乡镇卫生院）这一级管理，然后再红的严重点的升级管理转到上级医生，并且红色的村一级随访次数相应增加	慢性病管理纵向协作	整合服务过程

表 4 关键事件主题分布表
Table 4 Key event topic distribution table

主题	频次（次）	构成比（%）
整合服务主体	178	22.3
整合服务内容	306	38.4
整合服务过程	238	29.9
整合服务障碍	75	9.4
合计	797	100.0

2.1.3 整合服务过程。整合服务过程是指从居民有一定的医疗需求开始，到接受家庭医生团队的整合服务的一系列过程。从受访者的编码结果来看，共有 7 种与服务过程整合相关的子主题，分别为双向转诊、下沉基层、纵向协作、沟通互动、共同决策、监督评价、多方共建。其中，双向转诊、下沉基层是响应较高的子主题，见表 7。

2.1.4 整合服务障碍。虽然目前县域的家庭医生团队整合服务提供有长足发展，但仍存在影响整合服务顺利推

表 5 整合服务主体及访谈选例
Table 5 Integrate service subjects and interview examples

主题	子主题	频次（次）	访谈选例
整合服务主体	县乡村三级家庭医生团队	58	我们团队组成是三级的，我们乡镇卫生院这一级有我、公卫医师、护士，还有上级的专科医师以及下面村卫生室的村医 5 个人组成
	上级医师参与	45	上级医师会定期和咱一起入户，包括公卫的事情
	村医为主导	22	可以说还是村医提出需求，咱整个团队一起配合
	团队成员分工	20	我们团队内部有一定分工侧重，大型的宣教义诊之类的都是一起做
	家庭医生管理办公室	18	家医办公室会定期统筹协调，团队需不需要调整
	医共体牵头	12	我们家医团队的工作基本上是总院有专门负责的
	驻村第一书记	3	我们相当于在入户的时候会让驻村第一书记和我们一起，然后邀请村干部加入我们家庭医生宣讲团

表 6 整合服务内容及访谈选例
Table 6 Integrate service content and interview sample

主题	子主题	频次（次）	访谈选例
整合服务内容	慢性病管理	57	我们团队主要针对老高糖患者的慢病管理和随访吧，包括吃药怎么吃，也会提醒他们平时吃饭要注意什么之类的
	老年人健康体检	54	老年人健康体检也是我们在做，基本上就是打电话给家庭医生预约，然后结果我们也会给他解读，这也都是免费的
	健康教育	42	我们这边就是说把健康教育融入村医日常，比如他今天到村口散步碰到我们村医，那么就是聊天之中就会有一些应该多吃点蔬菜水果啦，饭前饭后要洗手、做饭要少盐啦这些
	义诊	41	我们基本上一季度会有 2~3 次义诊，邀请上级医生参与的
	医患沟通	36	我们的家庭医生团队跟病人都有微信群，有的老人没有微信，就把小孩拉进去，平时有什么健康讲座、免费送药的信息都会发布
	预防接种	23	我们签约的有小孩的话，会定时叫家长带小孩过来接种疫苗。之前的新冠疫苗接种也是我们家庭医生团队分片宣传接种
	妇幼保健	22	咱有儿保医生的团队，我们有些乡镇卫生院也有盆底肌康复等这类中医适宜技术
	签约随访	15	集团对我们随访都有考核，（患者）他如果上卫生院或者村卫生室来就直接随访，如果他没来或者有些行动不便的我们就会上门
	健康档案	11	家庭医生团队日常的工作就有健康档案的完善
	疾病筛查	5	也会有一些两癌筛查项目

注：新冠 = 新型冠状病毒感染。

表 7 整合服务过程及访谈选例
Table 7 Integrate service process and interview sample

主题	子主题	频次（次）	访谈选例
整合服务过程	双向转诊	44	我们的双向转诊是很通畅的，一般向上转，这边开了转诊，集团会直接对接医生，不需要病人再去排队挂号，直接去县医院就行
	下沉基层	43	下面团队说需要内科医生来讲两病防控的知识，我们就会协调下沉
	纵向协作	43	绿的是在村一级管理，然后黄的在乡镇卫生院这一级管理，然后再红的严重点的升级管理上转，并且红色的村一级随访次数相应增加
	沟通互动	39	我们与帮扶的卫生院医生都有微信群，平时有什么事情群里都会说
	共同决策	30	我会和团队上级医师商量决定是否需要把病人转上来
	监督评价	22	总院对我们家庭医生团队都会有监督考核
	多方共建	17	我们家庭医生想要促进医、患和社会共管，会邀请村干部进来

表 8 整合服务障碍及访谈选例
Table 8 Integration of service barriers and interview examples

主题	子主题	频次（次）	访谈选例
整合服务障碍	环境	24	有些村民就直接说，你穿白大褂来我家，我又没病 有些户很偏远，过去还是挺困难的，也都是私家车去跑
	技术	23	没有信息系统根本做不上好的健康管理 我们信息系统还是有改进的空间，现在对基层比较友好，但我们县医院科室的权限有限，看不见有些患者的就诊情况 人这一块还是大问题，但各个地方都一样，都会缺人。我们这最突出的是村医老龄化
	组织	28	我们很希望上级医生下来的，但是他科室那边人手也是不够 就是钱的问题，我肯定更偏向拿钱，但你不给我也得工作啊

进及实效的障碍。从受访者的访谈资料中编码出技术障碍、组织障碍、环境障碍 3 大子主题，具体分类见表 8。

2.2 家庭医生团队整合服务模式分析

对关键事件进行识别并明确 4 个核心主题，在揭示县域家庭医生团队整合服务的多个层面的同时，为理解和构建整合服务模式提供了重要依据。在此基础上，结合访谈过程中收集到的丰富语料，尝试提出一种县域家庭医生团队整合服务模式——“鱿鱼模式”（图 2）。这一模式的灵感来源于鱿鱼的生理构造，其独特的身体结构提供了一个形象且富有启发性的比喻。

整合服务主体涵盖县域医共体内的成员单位、村委会等组织，并由这些机构的人员组成家庭医生团队共同提供服务。主体部分似鱿鱼的身体构造，其中的县乡村三级家庭医生团队作为核心躯干，稳固支撑着整个服务体系的运作。正如多位访谈对象所强调的：“我们医共体总院是中控的大脑，将咱县级医院的专家整体布局，定期安排到乡镇卫生院和村卫生室参与家庭医生的工作，除了进行技术指导和带教外，还和我们一起入户”（D10H11）。医共体通常设有相关部门统筹家庭医生工作，例如健康管理部或家庭管理部。“家庭医生团队是提供服务的核心力量，在县域，我们村医像触角一样深入家庭，需要的时候会有其他成员参与。如前段时间，我们团队的村医在随访中发现一名乡村居民疑似有心梗症状，他通过远程诊疗系统联系了我们团队内县级医院的心内科专家，立马进行了实时的心电图传输和病情讨论，然后上级医生指导我们村医为患者进行了初步治疗，后面我们乡镇卫生院派车迅速转院”（G6H19）。这直接佐证了整合服务主体及其在模式中的地位和作用。

整合服务过程则包括主体间纵横多向的分工协作，类似于鱿鱼丰富的神经系统，高效传导且精准感知。访谈对象表示，“如果有患者真的需要转诊，绿色通道都是畅通的。我们乡镇卫生院和村卫生室会提前与县级医院进行沟通，和他们提前交代患者的情况以及初步的病情判断”（G5H18）。证明各级家庭医生团队明确各自的职责和分工，形成了协同工作的机制。“他们会通过问卷调查、电话随访等方式收集患者的意见和建议”（Y15H60）。在感知上，注重患者的反馈和满意度，及时改进服务中存在的问题。双向转诊、分工协作等横纵合作机制类似鱿鱼神经元之间通过突触快速传递信号，实现各个环节的紧密衔接，形成高效的服务链，同时表现出较强适应性和灵活性，根据环境变化调整自己的行为模式。

整合服务内容体现三级家庭医生团队主要根据乡村居民的实际需求，提供常见病、多发病的诊疗和公共卫生服务。这如同鱿鱼的触角，灵活多变且广泛覆盖。“我们目前乡镇卫生院和村卫生室的药品和设备还算齐全，日常的村民头疼脑热、腰腿疼痛过来我们基本上都可以解决”（Y8H54）。公共卫生服务方面，家庭医生团队

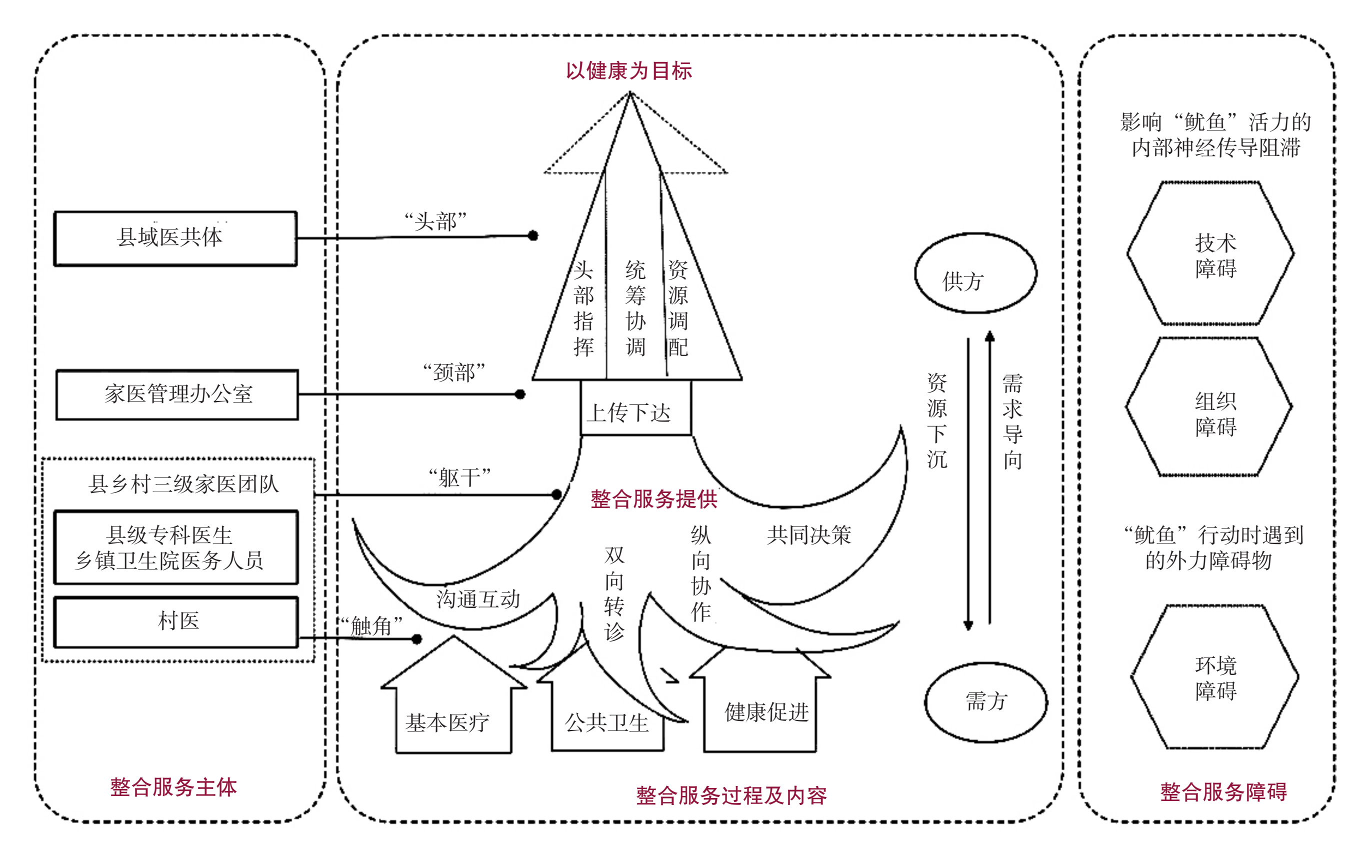


图 2 家庭医生整合服务鱿鱼模式

Figure 2 County family doctor integrated service squid model

注重预防保健和健康教育，提高乡村居民的健康素养和自我保健能力。"平常我们家庭医生工作主要是为我们辖区的村民提供定期的健康体检、预防接种、妇幼保健等服务。根据村医和我们讨论的需求，会联络上级医生开展健康知识讲座和咨询等活动"（G7H20）。健康管理服务方面，家庭医生团队根据乡村居民的健康状况和需求，为其提供个性化的健康管理方案。"我们这个地区还是高血压、糖尿病患者等慢性病患者居多，咱家庭医生团队会制定一些饮食习惯和生活管理计划，并进行定期的随访与评估"（Y10H55）。

主题分析所得的"技术障碍""组织障碍"类似影响鱿鱼活力的内部神经传导阻滞，而"环境障碍"则是行动时可能遇到的外力障碍物。一是技术障碍方面，"医共体没建起来之前，健康档案、随访、转诊这些工作对我们家庭医生来说太难了，你根本不知道这些居民要去哪里看病以及之前有过什么病"（G6H19）。县域医疗机构的信息化水平参差不齐，成为制约部分地区家庭医生团队整合服务提供的首要技术障碍。此外，基层人手问题，尤其是村医老龄化现象，也导致了技术障碍的形成。"我们很多工作了很多年的村医，电脑摆在他面前，用起来很困难，眼睛也不好。信息化对他来说是负担"（D9H10）。新一代人才补充不足，使得基层医疗服务在信息化转型中步履维艰，加剧了整合服务提供的困境。二是组织层面，激励约束机制和全专结合机制的不完善仍是目前的主要障碍。在访谈中，90% 以上的家庭医生成员偏向薪酬激励，10% 的成员认为薪酬激励和表彰激励均重要。"我们作为村医，相对来说晋升上没什么追求，更倾向多给我点钱。但你说你不给，那这些事情我在这个岗位上现在就必须要做，也没办法"（G5H18）。大多数成员正向肯定专科医师的参与，但认为常态化机制有待探索。"我们非常期待上级医师参与我们家医工作，而且效果也很好，但也理解他们很忙"（D7H8）。三是环境障碍，主要表现在社会认可度和地理资源限制两个方面。"有些村民很排斥我们入户，他们觉得我没病，你穿着白大褂一大群人来我们家，是不吉利的。另外还存在的困难，可能还是入户的时候，有些人家很远，路也不好走，这块儿我们家庭医生和村医也都是用我们自己私家车去跑，也只能说能跑多少是多少，而且油耗什么的都是我们自己承担，这一块是没有相应补贴的"（Y16H61）。

3 讨论

3.1 整合服务主体："鱿鱼躯干"垂直管理

家庭医生团队整合服务"鱿鱼模式"服务主体的整

合不仅是组织结构的简单联合，更是纵向功能的互补与协同。这与李力等[11]的观点一致，即纵向的机构整合是功能和内容整合的基础。县域医共体作为领导核心，下设的相关管理部门负责政策制定和资源调配，确保县域内家庭医生整合服务资源的均衡分布。县级医院作为技术支撑，为乡镇卫生院和村卫生室提供远程诊疗、疑难病例讨论等技术支持。在“鱿鱼模式”下，乡镇卫生院和村卫生室作为家庭医生整合服务提供的前沿阵地，承担着首诊、健康管理、疾病预防等任务。这种服务模式不仅提高了诊疗效率，也降低了患者的就医成本。“鱿鱼模式”下的服务主体整合与 VALENTIJN 等[13-14]提出的基于人群的协调护理作为整合的指导原则或基于目标构建的整合服务彩虹模型（RMIC）具有一致性，均强调系统整、组织和专业整合及微观服务的整合。

3.2 整合服务过程：“鱿鱼神经”纵横传导

“鱿鱼模式”下的整合型卫生服务通过纵横交错的神经网络实现了高效、协调的服务提供。纵向的上下转诊、服务反馈和感知确保了服务的连续性和质量；而横向的培训、监督等方面则促进了整个体系的持续改进和优化。王俊等[15]和陈家应等[16]在对医防融合整合服务进行界定时，均提出在流程上应当有效衔接，而“鱿鱼模式”中正强调流程的顺畅。李文敏等[2]和李力等[11]提出卫生服务整合应当考虑供需双方的整合，目前在现阶段“鱿鱼模式”下主要考虑供方的整合，针对不同病种或人群的需方需求提供服务受制于“鱿鱼触角”较短尚无法完全满足，但触角一定程度上能够感知需方需求，并将患方需求传达至中枢医共体内以改善服务提供。

3.3 整合服务内容：“行动触角”广泛覆盖

“鱿鱼模式”下服务内容的整合体现在多个方面，强调对疾病的全面防治，通过建立完善的疾病管理流程，确保患者能够得到及时、专业的医疗服务，从而降低疾病的发生率和复发率。此外，还致力于推动居民的整体健康水平提升和健康家庭建设。通过触角实现社区医疗资源的整合，深入家庭开展各种健康促进活动，如定期举办健康讲座、提供个性化的健康指导等，帮助居民建立健康的生活方式，以便为患者提供更为便捷的医疗服务。“鱿鱼模式”下的服务内容与 WHO 提出的“整合服务提供技术简报”[17]在服务内容上相契合，包括疾病防治、预防服务和健康促进[18]，着重通过一级预防与二级预防改善健康。

3.4 整合服务困境：“行进遇阻”实践障碍

在“鱿鱼模式”推进过程中，实践层面遭遇内外多重障碍，和既往研究结果较为一致的是技术和组织方面。技术上，部分地区医疗信息系统不统一，数据共享难，但部分地区已探索建立医共体内统一的医疗信息系统，打通信息壁垒效果明显[19]。且基层医疗人力资源结构老龄化严重，信息化转型困难。组织上，现有激励约束机制偏重约束，轻视激励，影响医生积极性[20]。全专结合机制实施中，上级专科医师难以稳定下沉基层[21]，全专结合效果不彰[22]。对于“鱿鱼模式”在环境上的障碍更为突出，居民传统就医观念根深蒂固，对基层医疗信任度低，且县域广阔、人口分散、地势复杂，家庭医生团队入户服务面临诸多潜在安全风险和长途跋涉困境。这些实践障碍制约了整合服务的深入推进。

4 结论与建议

4.1 结论

本研究通过关键事件技术梳理出县域家庭医生整合服务的“鱿鱼模式”，该模式以其独特的优点为居民提供了更全面、连续的健康管理服务。通过有效整合各级医疗资源，加强了家庭医生与居民之间的紧密联系，使得医疗服务更加贴近居民的实际需求，在县域医疗服务体系中具有一定的应用前景。

功能有限且权利集中的头部——县域医共体下设管理部门。鱿鱼的头部集中了其主要的感觉器官和神经系统，控制着整个生物体的行动。在“鱿鱼模式”中，县域医共体扮演着头部指挥和资源调配的角色，负责统筹协调县域内医疗资源分配与分布，先进医疗技术扩散与专家下沉等资源纵向流动，引导区域内患者就诊秩序以及制定家庭医生团队的服务规范和标准，确保服务的质量和效率。

较短的颈部——家医管理办公室。鱿鱼的颈部虽然短，但连接着头部和身体，起着重要的枢纽作用。家医管理办公室作为“颈部”，承担着上传下达、沟通协调的任务，将县域医共体的政策和要求传达给家庭医生团队，同时将团队的工作情况和需求反馈给医共体。

躯干——县乡村三级家庭医生团队。鱿鱼的躯干部是其主体部分，承载着主要的生理功能。在“鱿鱼模式”中，县乡村三级家庭医生团队构成了服务主体的核心，其分布在县域的各个角落，为居民提供预防、保健、治疗、康复等全方位的医疗服务。

触角——村医。鱿鱼的触角灵敏且多功能，能够感知外界环境并作出反应。村医作为最基层的医疗服务提供者，就像鱿鱼的触角一样，能够深入乡村了解居民的健康状况和需求，提供及时的医疗服务，并将相关信息反馈给上级家庭医生团队和家医管理办公室。

4.2 建议

深化“触角须”，拓展健康触角。充分利用“鱿鱼触角”反应灵敏的特点，结合健康家庭政策，感知家庭需求，推动家庭医生整合服务落实。应进一步明确家庭医生团队在县域医疗服务体系中的地位和作用，为其提供必要的资金和资源支持。同时，加强宣传与教育，成

立家庭健康指导员队伍，作为触角的吸盘加入家庭医师团队，提高居民对家庭医生团队的认知度和接受度的同时延伸“鱿鱼模式”触角。由此，建立多方协作机制，推动政府、医疗机构、社会组织等多方共同参与家庭医生团队的建设与服务提供，形成合力。

疏通“鱿鱼身”，打破现存障碍。技术和组织障碍影响“鱿鱼”自身的生命力，包括信息传递延迟、协调一致性降低等等，环境障碍则进一步加剧“鱿鱼模式”触角较短导致的深入能力不足的困境。因此，需要通过政策引导持续改善“鱿鱼”所在的生态，疏通“鱿鱼身”神经传导阻滞的问题，降低家庭医生团队的服务成本和提高服务效率。例如，需要通过持续提升县域医疗信息化一体化水平，实现区域间的数据共享与交流；建立科学合理的薪酬体系和职业发展路径，确保团队成员能够获得与其付出相称的回报。同时，通过绩效考核和奖惩机制，激励团队成员提供高质量的服务；加强全专结合，推动专科医生与家庭医生团队之间的紧密协作，实现优势互补。针对地理与资源限制以及安全问题，优化交通路线、提供必要的交通工具和补贴、加强安保措施。

5 本研究不足与展望

本研究存在一定的局限性：一方面，任何一种服务模式都具有两面性，“鱿鱼模式”在实际运用中需要不断改进以应对挑战和限制；另一方面，关键事件技术法在研究县域家庭医生团队整合服务模式及实践困境时，虽能深入揭示实际服务中的关键问题，但受限于主观报告、样本选择等因素，结果的普遍性和推广性有待验证。后续研究可结合更多元化的混合研究方法，扩大样本范围，以提高研究的客观性、全面性和适用性，更深入地探索家庭医生团队服务的优化路径。

作者贡献：代高岚歆负责文章构思与设计、文献/资料整理，撰写论文；尹刚进行文献/资料收集；李浩进行论文修订；陶红兵对文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

代高岚歆 https://orcid.org/0009-0001-9094-1749

参考文献

[1] 封进，吕思诺，王贞. 医疗资源共享与患者就医选择：对我国医疗联合体建设的政策评估[J]. 管理世界，2022，38（10）：144-157，173，158. DOI：10.19744/j.cnki.11-1235/f.2022.0142.

[2] 李文敏，程梦珍，刘丝雨. 我国整合型健康服务体系的实现路径研究[J]. 中国卫生政策研究，2022，15（5）：1-7. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2022.05.001.

[3] 于梦根，赵璇，李惠文，等. 我国基层医疗卫生机构医护人员的医防整合行为及影响因素研究[J]. 中国全科医学，2021，24（1）：46-51. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.037.

[4] 孙嘉颖，罗金萍，张倩雯，等. 基于三维分析框架的我国家庭医生签约服务政策量化研究[J]. 中国全科医学，2024，27(25)：3100-3107. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0741.

[5] 高鹏，杨翠迎. 中国家庭医生制度的政策变迁与启示：基于倡议联盟框架的分析[J]. 东北大学学报：社会科学版，2022，24（3）：78-86. DOI：10.15936/j.cnki.1008-3758.2022.03.010.

[6] 张晓乙，许智涵，袁蓓蓓，等. 初级卫生保健人员与专科医务人员在提供整合服务中的协作模式及效果：概况性评价[J]. 中国全科医学，2024，27（4）：400-407. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0204.

[7] 于亚航，孔晨，袁蓓蓓. 医疗卫生服务体系整合型改革对医务人员工作动机及行为影响的系统综述[J]. 中国卫生政策研究，2021，14(2)：15-22. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2021.02.003.

[8] 王欣，孟庆跃. 国内外卫生服务整合案例的整合策略比较[J]. 中国卫生经济，2016，35（6）：9-12. DOI：10.7664/CHE20160602.

[9] FLANAGAN J. The critical incident technique[J/OL]. Psychological Bulletin，1954，51（4）：327-358. DOI：10.1007/978-981-10-0983-9_123.

[10] 蔡婷婷，徐红燕，曹梅娟. 关键事件技术在护理领域应用的研究进展[J]. 护理研究，2017，31（8）：906-908. DOI：10.3969/j.issn.1009-6493.2017.08.003.

[11] 李力，郑英，朱晓丽，等. 基于需方的县域医疗健康服务整合评价工具构建与适用性研究[J]. 中国卫生政策研究，2022，15（1）：29-36. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2022.01.004.

[12] 魏来，叶婷，张亮. 卫生资源整合和卫生服务整合的比较分析[J]. 中国卫生政策研究，2012，5（9）：22-27.

[13] VALENTIJN P P，VRIJHOEF H J M，RUWAARD D，et al. Exploring the success of an integrated primary care partnership：a longitudinal study of collaboration processes[J]. BMC Health Serv Res，2015，15：32. DOI：10.1186/s12913-014-0634-x.

[14] VALENTIJN P P，SCHEPMAN S M，OPHEIJ W，et al. Understanding integrated care：a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care[J]. Int J Integr Care，2013，13：e010. DOI：10.5334/ijic.886.

[15] 王俊，朱静敏，王雪瑶. 医防融合的核心价值与实现机制[J]. 中国卫生，2021（3）：64-65. DOI：10.15973/j.cnki.cn11-3708/d.2021.03.032.

[16] 陈家应，胡丹. 医防融合：内涵、障碍与对策[J]. 卫生经济研究，2021，38(8)：3-5，10. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2021.08.021.

[17] Integrated health services：what and why？[EB/OL].（2012-09-04）[2024-02-07]. https：//www.semanticscholar.org/paper/Integrated-Health-Services-%E2%80%93-What-and-Why-Making-Messages/040808706e822036bde704754cabd26d855dfe59.

[18] 袁蓓蓓，何平，徐进，等. 基层卫生服务医防融合：概念框架及指标体系构建[J]. 中国卫生政策研究，2022，15（9）：11-18. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2022.09.003.

[19] 巩义市总医院：信息化建设助推县域医共体高质量发展[EB/OL].[2024-02-07]. https：//www.bsia.org.cn/site/content/22675.html.

[20] 赵世超，孟庆跃，宋万雄，等. 乡镇卫生院卫生技术人员激励机制及工作积极性影响因素研究[J]. 中华医院管理杂志，2019，35（1）：63-67. DOI：10.3760/cma.j.issn.1000-6672.2019.01.015.

［21］彭雅睿，施楠，陶帅，等. 分级诊疗实施中家庭医生团队建设现状及对策研究［J］. 中国全科医学，2020，23（1）：14-18. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.699.
［22］卓丽军，陶红兵. 县域医共体内县级专科医师下沉基层的激励机制研究［J］. 中国卫生政策研究，2023，16（3）：24-29.

（收稿日期：2024-09-14；修回日期：2024-10-08）
（本文编辑：王凤微）